

Проф. А.В. Бельков,
канд. мед. наук. Д.В.Нарезкин

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ РЕДКОГО СОЧЕТАНИЯ КИСТ СЕЛЕЗЕНКИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра факультетской хирургии
(зав. каф. - проф. А. В. Бельков)
Смоленской государственной
медицинской академии

Приведен клинический пример хирургического лечения редкой сочетанной патологии - ложной кисты поджелудочной железы и непаразитарной кисты селезенки. Представлена рациональная пред- и интраоперационная диагностика, позволившая выполнить симультанную органосохраняющую операцию с непосредственным хорошим результатом.

Непаразитарные кисты селезенки относятся к редким заболеваниям органов брюшной полости [2,3,4]. В 60% наблюдений они возникают после травм на почве внутриселезеночных кровоизлияний [1]. Предоперационный диагноз непаразитарной кисты ставят редко в связи с трудностями дифференциальной диагностики. За последние 5 лет в нашей клинике изучено 3 клинических наблюдения с данной патологией. Особые трудности в течении и диагностике представляют больные с сочетанием кист селезенки и поджелудочной железы. В доступной литературе мы не встретили описания данной сочетанной патологии. Ввиду особенностей диагностики и лечебной тактики при данном сочетании приводим собственное клиническое наблюдение.

Больная Д. 41 года поступила в клинику 19 ноября 1996 г. с жалобами на тупые боли ноющего характера в эпигастральной области и левом подреберье.

Впервые приступ острого панкреатита перенесла в июле 1996 г., в августе 1996 г. повторный приступ. Тогда же при УЗИ выявлено две кисты, одна исходящая из тела и хвоста поджелудочной

железы. Более 10 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Сопутствующее заболевание - ожирение 2 степени.

При пальпации живота никаких патологических образований не обнаружено. При УЗИ в проекции хвоста поджелудочной железы определяется жидкостное образование до 7 см в диаметре. При ФГДС патологии не выявлено.

21 ноября 1996 г. под УЗИ контролем произведена пункция образований, удалено соответственно 225 и 270 мл мутного, желтого цвета, содержимого. При цитологическом исследовании атипичных клеток не выявлено. Амилазная активность 1734 мг/сл.

УЗИ контроль через 7 суток: увеличение размеров кистозных образований.

4 декабря 1996г. операция: фенестрация кисты селезенки, цистоэнтеростомия, дренирование брюшной полости.

При операции: массивный спаечный процесс в левом поддиафрагмальном пространстве. Большой сальник в плотных рубцовых сращениях с задней стенкой желудка.

В теле и хвосте поджелудочной железы определяется образование до 10-12 см в диаметре. При пункции эвакуировано 170 мл. Киста вскрыта, произведена ревизия. Срочное гистологическое исследование стенки. Заключение: ложная киста поджелудочной железы.

С техническими трудностями выделена селезенка. В нижнем ее полюсе киста 8х7х6 см, вскрыта, содержимое детрит. Объем полости до 100 мл. Стенка кисты иссечена. Срочная гистология - атипичных клеток не обнаружено. Полость кисты коагулирована и тампонирована прядью большого сальника.

С кистой поджелудочной железы сформирован цистоеюноанастомоз на отключенном по Ру сегменте тощей кишки.

Послеоперационный диагноз: хронический рецидивирующий панкреатит. Ложная киста поджелудочной железы. Непаразитарная киста селезенки. Периспленит.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением.

Заключение гистологического исследования: стенка кисты представлена волокнистой соединительной тканью с перекалиброванными сосудами, замурованными в ней отдельными фрагментами ацинусов деформированного характера. Признаков злокачественного роста не выявлено. Стенка кисты селезенки представлена плотной фиброзной тканью с очагами гиалиноза. Выписана 14 декабря 1996 г. Больная осмотрена через 9 месяцев. Состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет, работает по специальности. При УЗИ контроле полостных образований ни в селезенке, ни в поджелудочной железе не определяется.

Таким образом, точная диагностика и рациональная хирургическая тактика позволили выполнить симультанную органосохраняющую операцию с непосредственным хорошим результатом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батвинков Н.И., Гарелик П.В. Диаг-

ностика и лечение заболеваний и травм селезенки // Вести. Хир.-1989-№10.-с. 131-132

2. Куликов Л. К., Филиппов А. Г. Хирургическая тактика при непаразитарных кистах селезенки // Хирургия -1995- №10 с. 62-63

3. Кургузов О.П., Кузнецов Н.А. непаразитарные кисты селезенки // Хирургия -1990- №6- с. 130-132

4. Ратнер Г.А., Корымасов Е.А., Ковалев Р.Д., Горбунов Ю.В. непаразитарные кисты селезенки // Вестн, хирургии.-1997- №1- с. 104-105

SUMMARY

CLINICAL OBSERVATION OF RARE COMBINATION SPLENIC AND PANCREATIC CYSTS.

A.V. Belkov, D.V. Narezkin

The results of surgical treatment of a rare combinative pathology, false pancreatic cyst and nonparasitic splenic cyst have been analysed. Rational pre- and intraoperative diagnostic technique made it possible to perform simultaneous organ-saving procedure with immediate good results.